

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。このことにより、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

美容皮膚科問診票

生年月日 _____ 年 月 日 歳 氏名 _____ 主な居住地 _____

皮膚・髪・爪等相談したい内容

現在そのことのために使用してる内服薬・外用剤・施術等の治療内容 _____

現在他の治療中の病気と治療内容 _____

妊娠・授乳中

お肌のご相談の方： 普段洗浄・保湿・遮光に心がけ乾燥かゆみ等美容的な問題以外のトラブルはない

髪のご相談の方： 普段洗浄清潔に心がけかゆみ等美容的な問題以外のトラブルはない

定期的に週 _____ 回運動してる

睡眠不足はない

3食バランスよく摂取

喫煙歴なし

当院ホームページ見て来院 _____ が気になる。

トラブルはないが洗浄剤・保湿剤・遮光剤の 相談希望 サンプル希望

エイジングケア機能性化粧品を使ってお肌の改善維持希望

(ヒト臍帯血幹細胞順化培養液配合美容液 抗酸化物質レチノール ビタミンC

ノンハイドロキノロン透明ケア フラーレン トラネキサム酸等)

サンプルパンフレット希望

ゼオスキンヘルスケア化粧品での健やかで美しい肌を維持する治療希望

Qスイッチ付キルビーレーザーでのシミ取り治療希望

育毛剤・毛髪サプリメントパンフレット希望

ピーリング・イオン導入処置希望